

# Certificat Médical / Questionnaire

Votre patient ou patiente M. ou Mme ..... , souhaite participer aux ateliers Form' Equilibre. Ces ateliers ont pour objectif de renforcer l'équilibre et de réduire les risques de chute des séniors par :

- une information sur les facteurs de risque,
- des exercices physiques ciblés, renforçant la musculature, la posture et l'équilibre,
- un apprentissage de gestion des situations pratiques de la vie quotidienne.

Ces ateliers se font dans le cadre d'un programme régional de prévention initié par des organismes de Protection Sociale. Ils sont réalisés dans votre département par :



Afin que M. ou Mme ..... né(e) le ..... puisse participer en toute sécurité à ces ateliers merci de bien vouloir répondre à ce questionnaire de santé.

**1** Votre patient (e) présente-t-il (elle) une contre-indication à l'exercice physique en collectivité ?

oui  non

**2** Votre patient présente-t-il une limitation de l'amplitude du mouvement d'une articulation ?

oui  non

Si oui : - Quelle articulation? .....

- Pour quel mouvement? .....

**3** Votre patient (e) présente-t-il (elle) une altération d'un des moyens de communication ?

oui  non

Si oui : Lequel? .....

**4** Votre patient (e) présente-t-il (elle) déjà un facteur de risque de chute?

- Vasculaire ? oui  non
- Articulaire ? oui  non
- Métabolique ? oui  non
- Autre ? oui  non  lequel ?

La présence d'un facteur de risque n'interdit pas la participation aux ateliers mais sa connaissance permet une meilleure adaptation des exercices et une surveillance ciblée.

Suggestions ou remarques :

cachet et signature du médecin